

Het gynaecologisch formularium

Een praktische leidraad

**5e
editie**

onder redactie van:
Prof. dr. W.J.H.M. van den Bosch
Drs. L. Dukel
Prof. dr. J.M.A. Sitsen



Bohn
Stafleu
van Loghum

Springer Media

Het gynaecologisch
formularium **5^e
editie**
een praktische leidraad

Deze uitgave van *Het gynaecologisch formularium* wordt u aangeboden door:



Dit materiaal wordt door MSD verstrekt bij wijze van dienstverlening aan de medische professie. Informatie in verband met één of meerdere producten is mogelijk niet in lijn met de goedgekeurde productinformatie. Zie de volledige productinformatie (www.cbg-meb.nl of www.ema.europa.eu) voor goedgekeurde informatie over de in deze publicatie genoemde producten en voordat u deze voorschrijft.

WOMN-1033724-0250

Het gynaecologisch formularium **5^e editie** een praktische leidraad

onder redactie van

PROF.DR. W.J.H.M. VAN DEN BOSCH

DRS. L. DUKE

PROF.DR. J.M.A. SITSSEN

met medewerking van

DR. R.J.C.M. BEERTHUIZEN, PROF.DR. W.J.H.M. VAN DEN BOSCH,

DR. J. VAN DILLEN, DRS. L. DUKE, DR. K. FLEISCHER,

V. VAN HAAREN- DE VISSER, DRS. J.F. TER HAAR, DR. J.P.F. HEESAKKERS,

PROF.DR. F.M. HELMERHORST, DRS. M.H.J. DEN HOLLANDER,

PROF.DR. G.G. KENTER, DR. K. KLUIVERS, DR. P.J.Q. VAN DER LINDEN,

PROF.DR. J.G. NIJHUIS, PROF.DR. J. VAN ROOSMALEN,

DR. E.J.TH. RUTGERS, DR. E.J.P. VAN SANTBRINK, DR. J.M.L. STOUTHARD,

DRS. C.J.M.E. VAN THOOR, DRS. M.C. VOS, PROF.DR. M.E. VIERHOUT,

PROF.DR. P.H.M. VAN DE WEIJER, DR. H.I.J. WILDSCHUT,

DR. W.N.P. WILLEMSSEN



Bohn
Stafleu
van Loghum

Springer Media

© 2015 Bohn Stafleu van Loghum, onderdeel van Springer Media BV

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet 1912 ^j het Besluit van 20 juni 1974, Stb. 351, zoals gewijzigd bij Besluit van 23 augustus 1985, Stb. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3051, 2130 KB Hoofddorp). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

Samensteller(s) en uitgever zijn zich volledig bewust van hun taak een zo betrouwbaar mogelijke uitgave te verzorgen. Niettemin kunnen zij geen aansprakelijkheid aanvaarden voor onjuistheden die eventueel in deze uitgave voorkomen.

ISBN 978 90 368 0839 2

ISSN 0926-5864

NUR 871/876

Bohn Stafleu van Loghum

Het Spoor 2

Postbus 246

3990 GA Houten

www.bsl.nl

Redacteuren

PROF.DR. W.J.H.M. VAN DEN BOSCH
(emiritus) Hoogleraar huisartsgeneeskunde, Radboudumc Nijmegen

DRS. L. DUKE
Gynaecoloog, Radboudumc Nijmegen

PROF.DR. J.M.A. SITSEN
Klinisch farmacoloog, Universitair Medisch Centrum, Utrecht

Auteurs

DR. R.J.C.M. BEERTHUIZEN
Directeur Stichting Anticonceptie Nederland, Winterswijk

PROF.DR. W.J.H.M. VAN DEN BOSCH
(emiritus) Hoogleraar huisartsgeneeskunde, Radboudumc Nijmegen

DR. J. VAN DILLEN
Gynaecoloog, Radboudumc Nijmegen

DRS. L. DUKE
Gynaecoloog, Radboudumc Nijmegen

DR. K. FLEISCHER
Gynaecoloog, Radboudumc Nijmegen

V. VAN HAAREN- DE VISSER
Lactatiedeskundige IBCLC, Radboudumc Nijmegen

DRS. J.F. TER HAAR
Gynaecoloog, TweeSteden Ziekenhuis, Locatie Tilburg

DR. J.P.F. HEESAKKERS
Uroloog, Radboudumc Nijmegen

PROF.DR. F.M. HELMERHORST
Gynaecoloog, Leids Universitair Medisch Centrum

DRS. M.H.J. DEN HOLLANDER
Huisarts, Amstelveen

PROF.DR. G.G. KENTER
Gynaecoloog, Centrum Gynaecologische Oncologie Amsterdam, AMC,
AVL, VUmc, Amsterdam

DR. K. KLUIVERS

Gynaecoloog, Radboudumc Nijmegen

DR. P.J.Q. VAN DER LINDEN

Gynaecoloog, Deventer Ziekenhuis, Deventer

PROF.DR. J.G. NIJHUIS

Gynaecoloog-Perinatoloog, Maastricht Universitair Medisch Centrum

PROF.DR. J. VAN ROOSMALEN

Gynaecoloog, Leids Universitair Medisch Centrum, tevens
VUmc Amsterdam

DR. E.J.TH. RUTGERS

Oncologisch chirurg, Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis, Amsterdam

DR. E.J.P VAN SANTBRINK

Gynaecoloog, Reinier de Graaf Groep, Diaconessenhuis, Voorburg

DR. J.M.L. STOUTHARD

Internist, Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis, Amsterdam

PROF.DR. J.M.A. SITSSEN

Klinisch farmacoloog, Universitair Medisch Centrum, Utrecht

DRS. C.J.M.E. VAN THOOR

Openbaar apotheker, Apotheek van Thoor, Maastricht

PROF.DR. M.E.VIERHOUT

Gynaecoloog, Radboudumc Nijmegen

DRS. M.C. VOS

Gynaecoloog, Sint Elisabeth Ziekenhuis, Tilburg

PROF.DR. P.H.M. VAN DE WEIJER

Gynaecoloog, University of Auckland, Nieuw Zeeland

DR. H.I.J. WILDSCHUT

Gynaecoloog, Westfriesgasthuis, Hoorn

DR. W.N.P. WILLEMSSEN

Gynaecoloog, Radboudumc Nijmegen

Voorwoord

Het gynaecologisch formularium geeft een beknopt overzicht van gynaecologische aandoeningen zoals die in de dagelijkse algemene praktijk kunnen voorkomen. De uitgave is daarmee in de eerste plaats bedoeld voor huisartsen (in opleiding) en medisch studenten, in het bijzonder coassistenten.

Voor de vorige uitgaven was er een ruime belangstelling. Dit feit, de ontwikkelingen in de gynaecologie en de nieuwe farmacotherapeutische mogelijkheden waren reden voor de redactie om deze 5^e editie te maken. De meeste auteurs waren gelukkig bereid hun bijdragen te actualiseren. Voor enkele hoofdstukken werden nieuwe auteurs toegevoegd. Voor deze 5^e editie werd de indeling gewijzigd. Bij de gynaecologie is bijzondere aandacht gegeven aan problemen bij adolescenten, bij het climacterium en bij allochtone vrouwen. Drie hoofdstukken zijn samengebracht onder problemen van de bekkenbodem, waaronder een nieuw hoofdstuk over urineweginfecties, en het deel over de gynaecologie wordt afgesloten met een hoofdstuk over de oncologie. In een apart deel komt de mamma aan de orde. Problemen van de mammae horen niet direct tot het terrein van de gynaecologie maar is daarmee toch zo hecht verbonden dat de redactie het waardevol vindt deze keuze te maken. Het formularium wordt afgesloten met een aantal hoofdstukken rond de voortplanting. Zoals steeds is bij het actualiseren van de bijdragen rekening gehouden met recent verschenen standaarden uit de beroepsgroepen en met Europese richtlijnen.

De redactie hecht er aan om op te merken dat deze uitgave weliswaar mogelijk is gemaakt door bijdragen uit de farmaceutische industrie, maar dat ook nu de redactionele inhoud geheel onafhankelijk tot stand is gekomen. Dat betreft zowel de keuze van de onderwerpen als de inhoud.

Binnen de redactie is de plaats van prof.dr. H. Merkus ingenomen door drs. L. Dukel, gynaecoloog aan het Radboudumc te Nijmegen. Prof. Merkus was vanaf het begin bij de eerste vier uitgaven van dit formularium betrokken. De redactie is hem veel dank verschuldigd voor zijn belangrijke werk.

Aan dit formularium hebben veel auteurs bijgedragen waarbij de coördinatie in voortreffelijke handen was bij de medewerkers van Bohn Stafleu van Loghum: Lydia Nieuwendijk, Fenna Dunning en Marije Roefs. De redactie is hen hier zeer erkentelijk voor. Kritische opmerkingen die van nut kunnen zijn bij de totstandkoming van de 6^e editie zien wij met belangstelling tegemoet.

De redactie

Inhoudsopgave

Redacteuren en auteurs 5

Voorwoord 7

1. Het gynaecologisch onderzoek in de huisartspraktijk 11
2. Aangeboren genitale afwijkingen 20
3. Cyclusstoornissen en abnormaal vaginaal bloedverlies 29
4. Endometriose 38
5. Genitale infecties bij de vrouw 47
6. Hirsutisme en hyperandrogenisme 60
7. Benigne tumoren 71
8. Adolescentengynaecologie 76
9. De overgangsjaren en postmenopauze 85
10. Gynaecologische morbiditeit specifiek voor
allochtone vrouwen 102
11. Vulvopathologie 111
12. Urineweginfecties 121
13. Urogynaecologie 126
14. Benigne borstafwijkingen 142
15. Mammacarcinoom 153
16. (Pre)maligne genitale tumoren 168
17. Seksuologie 183
18. Anticonceptie en ongewenste zwangerschap 197
19. Fertiliteitsstoornissen 227
20. Preconceptionele advisering 241
21. Aandoeningen en ziekten ten gevolge van zwangerschap 248
22. Geneesmiddelen en zwangerschap 268
23. Lactatieremming en -bevordering 276

Bijlagen

Geneesmiddelenoverzicht 281

Index 327

1. Het gynaecologisch onderzoek in de huisartspraktijk

Drs. M.H.J. den Hollander en
Prof. dr. W.J.H.M. van den Bosch

Samenvatting

Bijna dagelijks zullen er tijdens het spreekuur indicaties zijn voor gynaecologisch onderzoek. Het gaat om onderbuiksklachten, cyclusstoornissen, vaginaal bloedverlies buiten de normale menstruaties, (angst voor) soa's, vaginale afscheiding en jeuk, zwangerschap, fertiliteitsproblemen, anticonceptie en preventieve handelingen zoals het maken van een uitstrijkje. Gynaecologisch onderzoek heeft naast technische aspecten ook te maken met de attitude van de arts en met emotionele aspecten zowel van de arts als van de betrokken vrouw.

In dit hoofdstuk wordt allereerst de techniek van het gynaecologisch onderzoek beschreven. Daarna wordt het maken van een cervixuitstrijk beschreven. Ten slotte wordt kort ingegaan op de attitude met betrekking tot het verrichten van een gynaecologisch onderzoek.

1.1. Techniek van het gynaecologisch onderzoek

Het onderzoek is onder te verdelen in het onderzoek van de onderbuik, inspectie van de uitwendige genitalia, het speculumonderzoek voor inspectie van vagina en cervix en het vaginaal toucher voor palpatie van de interne genitalia. Op indicatie wordt onderzoek gedaan van de lymfeklieren in de liezen.

1.1.1. Voorbereiding/adviezen met betrekking tot praktijkinventaris en -organisatie

Voor het verrichten van een gynaecologisch onderzoek is een onderzoeksbank, al dan niet met beensteunen, of een gynaecologische

stoel nodig. De hoogte van de bank of stoel dient aangepast te zijn aan de lengte van de arts. Een voetenbankje kan soms van pas komen. Speculumonderzoek wordt meestal zittend verricht, waarbij de hoogte van de kruk zodanig is afgesteld dat het speculum op ooghoogte kan worden gehouden.

Een goede lichtbron is onontbeerlijk. Het licht dient in de lengterichting van het speculum gericht te kunnen worden. Specula zijn in meerdere maten nodig. Er zijn diverse typen specula beschikbaar; welke men kiest is vooral een kwestie van persoonlijke voorkeur. Het gebruik van kunststof disposable specula is discutabel. Alle reusable specula dienen na gebruik lege artis gesteriliseerd te worden. Uiteraard draagt men bij het uitvoeren van een gynaecologisch onderzoek handschoenen.

Materiaal voor het maken van een cervixuitstrijk ten behoeve van het onderzoek op cervixcarcinoom dient binnen handbereik aanwezig te zijn. Denk ook aan wattenstokjes voor het weghalen van storend slijm. Ook materiaal voor het fluoronderzoek in de eigen praktijk (zie ook H. 5 Genitale infecties bij de vrouw) en materiaal voor microbiologisch onderzoek in het laboratorium dient aanwezig te zijn. Verder is het patiëntvriendelijk als de dokter zo nodig een maandverbandje kan aanbieden.

1.1.2. Uitwendige inspectie

Gelet wordt op de labia majora en de labia minora (eventuele ontstekingsverschijnselen, kleurveranderingen, ulcera, erosies van de huid en/of zwellingen) en de introitus vaginae (toestand van het hymen, mogelijke ontstekingsverschijnselen en verschijnselen van focale vulvitis, focaal erytheem ter plaatse van de hymenbasis dat erg pijnlijk is bij aanraking met de natte wattenstok, de zogenoemde Q-tip touchtest).

1.1.3. Speculumonderzoek

Voor het speculumonderzoek is het allereerst van belang de juiste maat speculum te kiezen. Hoewel de vagina door ontspanning van

de bekkenbodemspieren veel aankan, leert de praktijk dat veel vrouwen het liefst een zo klein mogelijk speculum willen. Vooral bij een eerste gynaecologisch onderzoek of als de vrouw er erg tegenop ziet wegens pijnlijke ervaringen in het verleden, is een smal speculum te overwegen. Daarbij geldt wel dat de portio en de wanden van de vagina bij een te smal speculum moeilijk in beeld gebracht kunnen worden. Het 'zoeken' naar de portio kan zo voor de vrouw onaangener worden dan bij het gebruik van een wat breder speculum. Bij een erg slappe bekkenbodem met als mogelijk gevolg verzakkingen, zal zeker een groter speculum nodig zijn. Daarnaast is het van belang om het speculum op lichaamstemperatuur te brengen en glad te maken door het gebruik van een gel.

Voor het inbrengen van het speculum worden de labia minora gespreid. Hoewel de verticale diameter van de vagina het grootst is, wordt het speculum niet verticaal ingebracht om aanraking van de gevoelige urethra en clitoris te vermijden. Daarom wordt iets naar horizontaal afgeweken. Om het inbrengen te vergemakkelijken wordt wel geadviseerd de vrouw licht te laten persen bij de passage van de introïtus, de bekkenbodemspier zal tijdens persen reflectoir verslappen. Na passage van de introïtus wordt het speculum tot horizontale stand gekanteld en ofwel onderweg naar de cervix geopend, ofwel eerst in gesloten toestand tot in de fornix posterior gebracht, iets teruggetrokken en vervolgens geopend, waarbij de cervix tussen de twee speculumbladen zichtbaar wordt. Soms is het moeilijk om de portio à vue te krijgen. De oorzaak hiervoor kan zijn dat de portio erg ver naar ventraal of ver naar dorsaal ligt, of, in het geval geen beensteunen worden gebruikt, het bekken onvolgende is gekanteld. Zoek de portio door het halfgesloten speculum meer naar ventraal resp. dorsaal te brengen, en het dan weer te openen, of vraag de vrouw haar bekken meer te kantelen (op onderkant rug liggen in plaats van op de billen), of gebruik beensteunen. Indien de portio niet goed in beeld gebracht kan worden kan het verstandig zijn eerst een vaginaal toucher te verrichten om de positie van de portio zo manueel vast te stellen.

Er wordt gelet op roodheid van de portio (anders dan passend bij een ectropion), zwellingen, ulcera en op contactbloeding (bloeden van de portio na aanraken met het speculum). Een macroscopisch verdachte afwijking vereist specialistisch onderzoek, ook bij een goed uitstrijkje. Een contactbloeding duidt in 10% van de gevallen op een (pre)maligne aandoening van de cervix; ook moet aan een cervicitis, bijvoorbeeld door een Chlamydia-infectie worden gedacht. Kleine, witte cysten zijn onschuldig (ovula Nabothii). Er wordt ook gelet op het ostium: staat dit open of dicht, komt er bloed of fluor uit? De eventuele fluor in de vagina wordt beoordeeld (hoeveelheid, kleur, consistentie, gasbelletjes). Ook de vaginawanden worden geïnspecteerd: roodheid, atrofie.

1.1.4. Het vaginaal toucher

Het onderzoek vindt het best plaats bij een lege blaas. Voor het uitvoeren van het vaginaal toucher worden de tweede en derde vinger van de voorkeurshand onder het uitoefenen van enige druk op de commissura posterior naar binnen gebracht. Eventueel kan eerst de vinger worden ingebracht tot door de introïtus, waarna de andere vinger voorzichtig wordt bijgeschoven. Met beide vingers wordt de portio afgetast en de consistentie bepaald. Vervolgens wordt onderzocht of er opdrukpijn is (van beneden af portio voorzichtig opduwen) of slingerpijn (portio tussen twee vingers in voorzichtig naar links en naar rechts bewegen), ook wordt dit benoemd als bewegingspijn.

Voor het palperen van de uterus worden de vingers in de fornix posterior gebracht. De uitwendige hand op de buik en de inwendige hand bewegen iets naar elkaar toe en tussen beide handen in kan de uterus worden gepalpeerd. Gelet wordt op ligging, beweeglijkheid, consistentie, grootte en mogelijke zwellingen.

Voor het palperen van de adnexa worden de inwendige vingers lateraal in de fornix posterior gebracht. De uitwendige hand op de buik ongeveer ter hoogte van de spina iliaca en de inwendige hand worden naar elkaar toe gebracht met 'gravende' bewegingen en

onder impressie parallel aan de lies van craniaal naar caudaal bewogen. Als het onderzoek goed wordt uitgevoerd en goed uitvoerbaar is (niet te dikke buikwand, niet te veel aanspannen van de buikwand) mag men ervan uitgaan dat niet te palperen adnexa niet vergroot zijn.

1.1.5. Het recto-vaginaal toucher

Dit toucher wordt alleen op specifieke indicatie uitgevoerd, bijvoorbeeld voor de bepaling van de uitbreiding van een cervixcarcinoom of voor het beoordelen van het septum rectovaginale en de ligamenta sacro-uterina bij verdenking op endometriose, of voor het beoordelen van het cavum Douglasi. Dit zijn bijna altijd tweedelijsindicaties. Het onderzoek wordt door bijna alle vrouwen als sterk belastend ervaren. Omdat er in de huisartspraktijk bijna geen indicaties zijn en omdat de huisarts dus geen ervaring met dit onderzoek kan opdoen is daarom het advies om in de huisartspraktijk geen recto-vaginaal toucher toe te passen.

1.2. Aanvullende onderzoeksmethoden

1.2.1. Het maken van een cervixuitstrijk t.b.v. het opsporen van cervixcarcinoom of voorstadia daarvan

Het maken van een 'uitstrijkje' kan plaatsvinden in het kader van preventie. Dit betekent dat het onderzoek wordt uitgevoerd onafhankelijk van het bestaan van klachten met als doel het opsporen van (voorstadia van) baarmoederhalskanker in een behandelbaar stadium. De regels met betrekking tot leeftijdsgrenzen en herhalingstermijnen van het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker worden hierbij gevolgd. Bij vrouwen tussen 30 en 60 jaar wordt in het kader van het bevolkingsonderzoek door de huisarts eens per 5 jaar een uitstrijkje gemaakt, tenzij er afwijkingen gevonden zijn of de preparaten technisch niet voldeden. Een uitstrijkje kan ook gemaakt worden naar aanleiding van klachten.

Redenen om een uitstrijk te maken buiten het bevolkingsonderzoek om:

- contactbloedingen;
- tussentijds bloedverlies op een wisselend tijdstip in de cyclus, dat niet kan worden verklaard door het gebruik van anticonceptie, een vaginale of cervicale infectie of door laesies van de vulva of vagina;
- postmenopauzaal bloedverlies;
- afwijkingen van de cervix bij lichamelijk onderzoek.

Een verdachte afwijking aan de cervix (proliferatief onregelmatig oppervlak of ulceratie) dient tot directe verwijzing te leiden. Er wordt dan geen uitstrijkje gemaakt door de huisarts.

Bij het gynaecologisch onderzoek dient het uitstrijkje gemaakt te worden voordat er een toucher wordt verricht.

Bij het maken van een 'uitstrijkje' is het belangrijk dat het uitstrijkje van goede kwaliteit is:

- Het uitstrijkje moet zowel endo- als ectocervicale cellen bevatten. De overgangszone tussen endo- en ectocervix is de voorkeurslokatie voor het ontstaan van (pre)maligne afwijkingen;
- Meer en meer wordt gescreend op HPV. Daarbij dient gekozen te worden voor dunnelaag-cytologie.
- Het cytologisch preparaat moet niet te veel verontreinigd zijn met slijm of bloed;
- Bij het maken van een cytologisch preparaat moet het materiaal gelijkmatig op het objectglaasje zijn uitgestreken en tijdig gefixeerd of in het kader van dunnelaag-cytologie overgebracht in een bewaarvloeistof.

Hieruit komen de volgende richtlijnen voort:

- Maak bij voorkeur geen uitstrijkje tijdens een periode van vaginaal bloedverlies;
- Haal slijm op de cervix voorzichtig weg met een gaasje in een korentang. Bij te veel druk zitten de afwijkende cellen in het gaasje.
- Gebruik uitstrijk materiaal waarbij de kans groot is dat er zowel ecto- als endocervicale cellen in het preparaat zitten, bijvoorbeeld

de zogenaamde cervexbrush of een cytobrush samen met een spatel;

- Smeer voor een cytologisch preparaat het materiaal meteen gelijkmatig uit op een objectglaasje waarop de naam van de patiënt is vermeld en fixeer het materiaal meteen. Tegenwoordig wordt cervixmateriaal meestal in een potje met vloeistof naar het laboratorium getransporteerd, waar verdere verwerking plaatsvindt.

Na het maken van een uitstrijkje kan er wat bloedverlies optreden. Waarschuw de vrouw hiervoor en leg uit dat dit niet abnormaal is. Geef haar zo nodig een maandverbandje.

Vanwege cytologische interpretatieproblemen is het niet verstandig om een uitstrijkje te maken in de zwangerschap als daarvoor geen speciale reden aanwezig is. Men wacht met het maken van een screenend uitstrijkje in het kader van het bevolkingsonderzoek tot 6 maanden na de bevalling. Tijdens de lactatie kan een uitstrijkje ook preventief gemaakt worden. Wel op het aanvraagformulier vermelden dat er borstvoeding gegeven wordt.

Na behandeling en genezing van een vaginale of cervicale infectie kan men het best drie maanden wachten voor er een preventief uitstrijkje wordt gemaakt.

Besprek ten slotte hoe en wanneer de vrouw de uitslag krijgt.

1.3. Attitude

Wat is een goede attitude? Een respectvolle benadering, een benadering waarbij distantie in evenwicht is met betrokkenheid, daarover is iedereen het wel eens. Maar hoe dit in concreet gedrag te vertalen is een tweede, want de ene dokter is de andere niet, en de ene patiënt is de andere niet. Concrete richtlijnen zijn dan ook moeilijk te geven, wel een aantal aandachtspunten:

- Voor de patiënt, maar ook voor de dokter, kan het onderzoek van

de geslachtsorganen beladen zijn, zeker voor een relatief onervaren dokter. Je bewust zijn van wat je moeilijk vindt is al een eind op weg naar het hanteren van die knelpunten. Probeer in ieder geval overcompensatie te vermijden, want dat voelt voor beide partijen zeer ongemakkelijk;

- Wetenschappelijk onderzoek laat zien dat mannelijke huisartsen een hogere drempel kunnen ervaren om gynaecologisch onderzoek te verrichten zoals vrouwelijke huisartsen dat kunnen ervaren bij onderzoek van de mannelijke genitalia. Dat kan betekenen dat onderzoek dat wel geïndiceerd is niet wordt verricht. Het is goed je bewust te zijn van deze genderspecificiteit.
- Zorg ervoor dat de vrouw zo veel mogelijk privacy heeft: geef haar de kans zich alleen en liefst in een kleedhokje aan en uit te kleden. Wees er duidelijk over wat ze uit moet doen en wat ze aan mag houden;
- Voor sommige vrouwen is het gynaecologisch onderzoek beladen met angst. Negatieve verhalen over of ervaringen met dit onderzoek in het verleden kunnen daar een oorzaak van zijn. Ook negatieve ervaringen met seksualiteit of ervaringen met seksueel geweld kunnen daaraan ten grondslag liggen. Als een vrouw aangeeft erg tegen het onderzoek op te zien, of als u angst waarneemt, besteedt dan extra aandacht aan het onderzoek. Vertel vooraf wat u gaat doen en spreek af met de patiënt dat u het onderzoek zult beëindigen als het te veel pijn doet (ervan uitgaande dat dit medisch verantwoord is). Laat het speculum zien. Neem de beste maat speculum. Vertel ook tijdens het onderzoek steeds wat u doet. Vermijd tijdens het onderzoek discussie over uw bevindingen en stel die uit tot na het onderzoek. Indien de vrouw dit op prijs stelt kunt haar zelf mee laten kijken (met een spiegel) en mee laten voelen (met haar hand op haar buik). Let goed op signalen van pijn, houd zo mogelijk oogcontact, onderbreek eventueel uw onderzoek als er pijn wordt aangegeven, en ga na wat er pijn doet. Ga pas verder als het weer kan, stop het onderzoek zo nodig;
- Hoewel pijn en gespannenheid tijdens het gynaecologisch onderzoek soms te maken hebben met negatieve ervaringen in het

verleden, moet men heel voorzichtig met dit gegeven omgaan. Enerzijds is het belangrijk om een vrouw uit te nodigen over eventuele problemen te praten, anderzijds stellen veel vrouwen rechtstreekse vragen naar problemen op het gebied van de seksualiteit naar aanleiding van een moeizaam verlopend gynaecologisch onderzoek vaak niet op prijs. Als u het over eventuele achterliggende problematiek wilt hebben, doe dat dan in ieder geval pas als de vrouw weer aangekleed voor u aan tafel zit. Begin met het weergeven van uw indrukken, bijvoorbeeld 'Het valt me op dat u moeite hebt om u te ontspannen ...', en wacht op de reactie van de vrouw. Aan haar reacties merkt u wel of u door kunt vragen of dat zij daar geen prijs op stelt. Respecteer de grenzen die de vrouw in kwestie verbaal of non-verbaal aangeeft.

2. Aangeboren genitale afwijkingen

Dr. W.N.P. Willemsen

Samenvatting

Indien een kind geboren wordt zijn voor de ouders twee dingen belangrijk: ademt/huilt het kind goed, én is het een meisje of een jongetje en zien de genitalia er normaal uit. Het voorkomen van congenitale genitale afwijkingen is gelukkig een zeldzaamheid. Bij een aangeboren genitale afwijking bij een vrouw heeft dit vaak somatische en psychische consequenties. Naast noodzakelijke begeleiding van de vrouw en haar ouders zijn zorgvuldig onderzoek en multidisciplinaire behandeling belangrijk.

2.1. Oorzaken

Bij de mens is de ontwikkeling van het individu in vrouwelijke richting (basic femaleness), tenzij er werkzame foetale testikels zijn en de eindorganen normaal reageren op de stoffen die door de foetale testikels worden geproduceerd. Hoewel het geslacht vanaf de conceptie chromosomaal vastligt, heeft de mens in zijn/haar beginstadium indifferente gonaden. De differentiatie begint onder invloed van het Y-chromosoom in mannelijke richting door de aanleg van testikels. De foetale testikel bevat sertoli-cellen die AMH ('anti-Müllerian hormone') produceren, waardoor er een regressie van de buizen van Müller optreedt. De leydig-cellen maken testosteron, dat een positieve invloed heeft op de buizen van Wolff (epididymis, ductus deferens, glandula seminalis). Dit testosteron wordt omgezet in het sterker werkzame dihydrotestosteron, waardoor de genitalia externa (penis en scrotum) bij het mannelijke individu tot ontwikkeling komen. Indien het Y-chromosoom niet naar behoren functioneert of de indifferente gonade niet reageert, zal de indifferente gonade óf een ovarium worden óf indifferent blijven.

Congenitale afwijkingen van de genitalia vinden hun oorsprong in chromosomale afwijkingen, gonadale disfunctie en verstoring van de uiteindelijke uitgroei van de genitalia interna of externa.

Hoewel aangeboren genitale afwijkingen bij de vrouw zelden voorkomen, is een aantal aspecten voor de huisartspraktijk van groot belang:

- De anamnese van de moeder, met name of er bijzondere gebeurtenissen in de zwangerschap hebben plaatsgevonden (bijvoorbeeld blootstelling aan bepaalde toxische stoffen). Het meest bekende voorbeeld is diëthylstilbestrol (afgekort DES), al zal dat niet meer voorkomen. DES werd in 1975 verboden. Ook moet gedacht worden aan medicatie die androgenen bevat.
- De familieanamnese kan ook van belang zijn.
- Het uitwendig aspect van de genitalia. Zorgvuldige inspectie van de neonaat bij de partus. Kennis van de anatomie van de genitalia externa bij het jonge kind en de jonge vrouw. Het serieus nemen van opmerkingen van ouders, en later van de jonge vrouw, over de fysionomie van de genitalia externa en mogelijke onderbuisklachten;
- Bij vooralsnog onbegrepen onderbuiks- of fluorklachten, en bij onbegrepen irregulair vaginaal bloedverlies of het uitblijven van de menstruatie, moet gedacht worden aan de mogelijkheid van congenitale afwijkingen.

2.2. Onderzoek

2.2.1. Door de huisarts

Abdominaal onderzoek; uitwendige inspectie van de genitalia; eventueel rectaal onderzoek. Eenvoudig gynaecologisch onderzoek bij een jong meisje of puber wordt, waarschijnlijk uit een zekere gêne, door veel artsen niet verricht; deze gêne is veelal niet aanwezig bij de patiënt. Het mag niet voorkomen dat een meisje van 16 jaar of ouder met een primaire amenorroe het advies krijgt over een jaar maar terug te komen als er dan nog steeds geen menses zijn.

80% van de meisjes in Nederland heeft op deze leeftijd haar menarche al gehad; dientengevolge heeft zij recht op professionele aandacht en onderzoek. Na pubertas tarda is een congenitale aplasie van vagina en uterus de tweede oorzaak van het uitblijven van de menses!

2.2.2. Door de specialist

Naast bovengenoemde onderzoeken zal er veelal een echoscopie worden verricht. Soms bestaat de noodzaak van hormoonbepalingen en chromosomenonderzoek. Bij een aantal patiënten is het verstandig MRI of laparoscopie te verrichten.

Wanneer er sprake is van aangeboren genitale afwijkingen moet worden gedacht aan de mogelijkheid van het voorkomen van congenitale afwijkingen van andere systemen. Zo gaan afwijkingen van de buizen van Müller, vooral indien er sprake is van asymmetrische afwijkingen, bij ongeveer 40% van de patiënten gepaard met afwijkingen van de buizen van Wolff (nieren en ureteren). Ook congenitale afwijkingen van het benige skelet en van de oren en het gehoor komen tezamen met aangeboren genitale afwijkingen voor.

2.3. Multidisciplinaire benadering

Bij de behandeling van jonge meisjes met aangeboren genitale afwijkingen moeten vanzelfsprekend ook de ouders worden betrokken. De ouders moeten veelal ook bij de verwerking worden begeleid; vooral hier ligt een heel belangrijke taak van de huisarts. De fasen van verwerking, zeker ook bij de ouders, moeten goed worden herkend. Er is vaak angst voor het onbekende en voor de, in hun ogen, onzekere toekomst van hun kind. Schaamte wordt vaak bij de ouders gezien, meer dan bij het kind. Schuldgevoelens zijn meestal aanwezig. Ook invoelbare gevoelens van teleurstelling komen naar boven. De huisarts behoort uitdrukkelijk bij de besluitvorming van de rest van het team te worden betrokken in verband met zijn kennis van de gezinssituatie. De benadering van een kind

met aangeboren genitale afwijkingen behoort wegens de complexiteit multidisciplinair te zijn: voor mogelijke hormonale therapie is de bemoeienis van een kinderendocrinoloog onontbeerlijk, in een latere levensfase kan deze taak door een gynaecoloog of een internist-endocrinoloog worden overgenomen. Reconstructieve chirurgie geschiedt door een kinderchirurg, kinderuroloog of een gynaecoloog. Een belangrijke plaats is weggelegd voor een kinderpsycholoog. Beslissingen moeten niet afzonderlijk worden genomen, maar in goed overleg en in samenspraak met huisarts, ouders en, indien enigszins mogelijk, met het kind. Werkend volgens dit systeem kunnen veel potentiële problemen worden voorkomen.

2.4. De afwijkingen

2.4.1. Gonadale dysgenesie

Het meest bekende voorbeeld hiervan is het syndroom van Turner. De karyotypering is 45,XO of beter 45,X. Het voorkomen wordt geschat op 0,8% van de zygoten, waardoor het een van de meest voorkomende menselijke chromosomale afwijkingen is. Echter, slechts 3% van deze embryo's overleeft en wordt à terme geboren. De gonaden bij deze meisjes worden 'streak ovaries' genoemd. De gonaden bevatten geen primordiale follikels, maar bestaan alleen uit bindweefsel (de gonaden zijn indifferent gebleven). Naast de bekende kenmerken van het syndroom van Turner, hebben deze meisjes op latere leeftijd veelal spaarzame beharing en is ook de mammaontwikkeling achtergebleven. De genitalia van deze kinderen worden 'infantiel' genoemd. De uterus is, niet gestimuleerd door oestrogenen, klein gebleven. De labia zijn onderontwikkeld en de vagina heeft een diameter die niet past bij de leeftijd. Al deze genoemde problemen laten zich verhelpen met hormonale suppletie.

Aangezien de gonaden geen eicellen bevatten zijn deze patiënten infertiel. Een zwangerschap hoort echter wel tot de mogelijkheden aangezien er een uterus in situ is. Zwangerschap kan echter alleen bereikt worden met behulp van donoroöcyten. Seksualiteit: patiën-

ten met het syndroom van Turner kunnen een normaal libido en orgasme ervaren.

2.4.2. Ware hermafroditisme

Dit is in Nederland een uitermate zeldzame afwijking. Het chromosomenpatroon kan normaal (46,XX) of een mozaïekpatroon zijn. Bij deze personen bevindt zich in een en hetzelfde individu zowel ovarieel als testiculair gonadaal weefsel. De genitalia externa zijn meestal tweeslachtig. De vagina is veelal onderontwikkeld, soms afwezig en in een enkel geval normaal. De uterus is vrijwel altijd aanwezig. Correctie van de genitalia externa vindt vaak op jeugdige leeftijd reeds plaats. Plastisch-chirurgische correctie zal veelal in vrouwelijke richting zijn. De gonaden worden bijna altijd verwijderd, zeker indien er sprake is van een Y-lijn. Na verwijdering van de gonaden zal hormonale suppletie plaatsvinden. Bij aanwezigheid van een uterus is een zwangerschap, indien gebruikgemaakt wordt van donoreicellen, mogelijk.

2.4.3. 46,XY hypovirilisatie

Ook wel mannelijk pseudohermafroditisme genoemd. De karyotypering is 46,XY en de gonaden zijn testikels. De meest bekende vorm van 46,XY-hypovirilisatie is de testiculaire feminisatie, ook het androgeen ongevoeligheidssyndroom (AOS) genoemd. Dit is een gevolg van ongevoeligheid voor androgenen: de eindorganen reageren niet op de aanwezigheid van androgenen. Deze vrouwen hebben meestal vrijwel geen pubis- en okselbehaarings. Daarom wordt dit beeld ook wel het 'hairless women syndrome' genoemd. De foetale testikel heeft meestal wel AMH geproduceerd, waardoor de derivaten van de buizen van Müller afwezig zijn. De vagina kan een normale diepte hebben, maar is meestal minder diep.

Indien er sprake is van een chromosomale Y-lijn bij de aanwezigheid van indifferente gonaden en indien er sprake is van testikels aanwezig hoog in het lieskanaal of in de vrije buikholt, is er kans op maligne onttaarding van deze gonaden en worden deze preventief verwijderd. Voorzichtig kan gesteld worden dat deze kans 30% be-

draagt, optredend voor het 30ste levensjaar. Deze laatste situatie komt natuurlijk voor bij individuen met testiculaire feminisatie. Deze vrouwen zullen zich presenteren met een primaire amenorroe. Naast fysisch-diagnostisch en gynaecologisch onderzoek is chromosomenonderzoek van belang.

De diagnose dat er sprake is van een Y-karyotypering, wordt de patiënte rond het zestiende levensjaar in een aantal sessies meegedeeld na samenspraak met de kinderpsycholoog. Ook wordt erop gewezen dat er een patiëntenvereniging van lotgenoten bestaat. In het algemeen wordt een en ander door de patiënten goed opgenomen en verwerkt.

Ook op volwassen leeftijd zijn deze patiënten – fenotypisch gezien – volkomen normale vrouwen. Wat betreft hun gender voelen zij zich ook vrouw en hebben een normaal seksueel leven. Uterus en tubae ontbreken, zodat een zwangerschap niet mogelijk is.

2.4.4. 46,XX virilisatie

Ook wel vrouwelijk pseudohermafroditisme genoemd; 46,XX virilisatie komt vaker voor dan de eerder beschreven afwijkingen. De karyotypering is 46,XX en de gonaden zijn ovaria. De meest bekende vorm is het adrenogenitale syndroom (AGS). Veelal betreft het een 21-hydroxylasedeficiëntie. Indien dit enzym ontbreekt, treedt er een verstoring op van de bijnier-steroïdsynthese, waardoor de omzetting van pregnenolon naar aldosteron en die van 17-OH-pregnenolon naar cortisol verstoord raakt. Dat wil zeggen dat er een toename komt van androsteendion en testosteron. Deze enzymdeficiëntie kan totaal of partieel zijn en het defecte gen komt in Nederland bij een op de vijftig mensen voor (1:50 = drager). De behandeling bestaat uit suppletie met glucocorticosteroiden. Uitwendig kunnen de genitalia zich volledig in mannelijke richting ontwikkelen, met name indien de viriliserende werking voor de 20ste zwangerschapsweek is opgetreden. De vagina kan proximaal vrijwel geheel afwezig zijn, maar ook vrijwel normaal aanwezig met een vergrote clitoris. ‘Klassiek’ is de patiënte met het hoge perineum, de kleine opening

waar vagina en urethra in uitmonden, de labio-scrotale wallen en de vergrote fallus zonder opening. Neonaten worden tegenwoordig door middel van de hielprik op AGS gescreend. Deze patiënten worden primair verwezen naar een kinderendocrinoloog voor de hormonale suppletie. Al op zeer jonge leeftijd vindt correctie plaats van de genitalia externa en vaak wordt er dan ook een vestibulum-vaginaplastiek gedaan. Echter, het probleem van vaginaplastieken is de neiging tot obliteratie. Derhalve moet een techniek worden toegepast met minimale tot geen kans op obliteratie. Een andere mogelijkheid is vóór de verwachte eerste menstruatie fysisch-diagnostisch onderzoek te doen om te zien of er voldoende mogelijkheid is voor efflux van het menstruatiebloed en mogelijke coïtus zonder problemen kan verlopen. Bij een krappe introitus vaginae kan worden overgegaan tot een vestibulum-vaginaplastiek. Soms zal dan ook de urethra moeten worden verlengd. Om informatie te krijgen over de status localis is het zinvol om tevoren een genitografie te verrichten. Ook een rectale echoscopie geeft een goede indicatie welk deel van de vagina wel normaal is aangelegd. Op deze wijze is tevoren bekend welke operatietechniek te prefereren is (hoeveel afstand 'overbrugd' moet worden) bij de vaginaplastiek. Tegenwoordig wordt in de diagnostische fase ook vaak een MRI gemaakt.

De genitalia externa kunnen ook gemasculiniseerd zijn indien de vrouwelijke foetus blootgesteld is geweest aan verhoogde androgenconcentraties afkomstig van de moeder. Dit kan het geval zijn indien de moeder in het begin van de zwangerschap androgenenbevattende geneesmiddelen heeft ingenomen of indien de moeder een androgenenproducerende tumor had tijdens de zwangerschap. In het begin van de jaren 60 werden synthetische progesteronpreparaten en testosteron toegediend in het eerste trimester van de zwangerschap ter voorkoming van een miskraam. Er verschenen toen enkele artikelen die een relatie suggereerden tussen deze toegediende medicatie en de masculinisatie van de genitalia externa van de vrouwelijke neonaten. In het begin van de zwangerschap moeten geen testosteronbevattende preparaten, zoals danazol worden gebruikt. Androgenen worden namelijk niet compleet gearo-

matiseerd bij passage door de placenta. Androgeenproducerende ovariële tumoren zijn stromale tumoren van de ovaria. Aangenomen wordt dat, wanneer deze ontstaan in de zwangerschap, ze een masculiniserend effect kunnen hebben op de genitalia externa van de vrouwelijke foetus. Gedacht moet worden aan luteoma of pregnancy en het arrhenoblastoom.

Aangezien de correctie van de genitalia externa vaak al op jeugdige leeftijd plaatsvindt, heeft dit wat betreft het uitwendig aspect weinig implicaties voor de toestand op volwassen leeftijd. Wat betreft libido en orgasme kan gezegd worden dat personen met een 46,XX virilisatie een normaal seksueel leven kunnen hebben. Als patiënten goed gesuppleerd zijn met corticosteroïden is een normale cyclus aanwezig en kunnen deze patiënten ook normaal zwanger worden. De bevalling is afhankelijk van de ernst van de masculinisatie die is opgetreden en van welke techniek gebruikt is om een vaginaplastiek te verrichten. Ook de genezing van de vaginaplastiek met veel of weinig fibrosevorming zal de wijze van bevallen bepalen, ofwel via een keizersnee ofwel een gewone vaginale bevalling. Indien de zwangere zelf AGS heeft of een kind heeft met AGS wordt zo vroeg mogelijk in de zwangerschap gestart met corticosteroïdenbehandeling. Indien de foetus geen AGS blijkt te hebben of van het mannelijk geslacht is kan gestopt worden met de corticosteroïden.

2.4.5. Aanlegstoornissen van de strengen van Müller

In de Engelstalige literatuur wordt aangenomen dat de strengen van Müller de tubae, uterus, cervix en het bovenste deel van de vagina vormen. Vaak worden congenitale afwijkingen van dit systeem niet gediagnosticeerd bij jonge kinderen. Bij het uitblijven van de menstruatie moet zeker worden gedacht aan een fusie- en kanalisatiestoornis van de buizen van Müller (incidentie 1:2000). Bij het syndroom van Mayer-Rokitansky-Küster (incidentie tussen 1:5000 en 1:30.000) is de uterus niet aangelegd of slechts partieel /rudimentair aanwezig. De vagina is bijna altijd afwezig. Andere partiële fusie- en kanalisatiestoornissen hebben vaak ook later consequenties, met

name bij die patiënten bij wie er wel endometrium is maar geen mogelijkheid voor afvloed van het menstruatiebloed. Als diagnostisch hulpmiddel kan gebruik worden gemaakt van echoscopie en zo nodig MRI. In sommige gevallen is meer invasieve diagnostiek (laparoscopie) noodzakelijk. Weer andere fusiestoornissen kunnen aanleiding zijn voor de aanwezigheid van longitudinale septa in de uterus en/of vagina. Dit wordt vaak pas later bekend, bijvoorbeeld indien een patiënte herhaaldelijk mislukte zwangerschappen heeft.

Waar een arts ook mee kan worden geconfronteerd zijn de gevolgen van ontwikkelingsstoornissen van de sinus urogenitalis. Deze sinus vormt het onderste deel van de vagina. Wanneer er op dat niveau een afsluiting is geeft dit veelal aanleiding tot transversale vaginale septa, die soms een respectabele dikte hebben. Het gevolg kan zijn dat het jonge meisje een haematocolpos ontwikkelt. Dit kan zich presenteren als een ronde tumor, mediaan in de onderbuik. Deze patiënten moeten niet naar een algemeen chirurg, maar naar een gynaecoloog, met kinder-gynaecologische belangstelling, worden verwezen. Een laparotomie is niet de oplossing van dit probleem. Goede vaginale inspectie en rectaal onderzoek zal bijna altijd leren dat zorgvuldige verwijdering van het vaginale septum en herstel van de continuïteit van de vagina de aangewezen behandeling is.

3. Cyclusstoornissen en abnormaal vaginaal bloedverlies

Dr. E.J.P van Santbrink

Samenvatting

Gedurende het vruchtbare leven van de vrouw – tussen menarche en menopauze – is er over het algemeen sprake van een regelmatig ovulatie- en bloedingspatroon. Verstoring hiervan kan zich uiten door verandering van het ritme van de menstruatiecyclus en door additioneel bloedverlies naast de menstruaties. De oorzaak hiervan kan liggen in een organische afwijking in de genitalia interna of een ovulatiestoornis. Met behulp van gerichte anamnese, lichamelijk onderzoek en beeldvormende technieken kan de oorzaak vaak achterhaald worden. Behandeling kan gericht zijn op herstel van de fysiologie maar ook op het bestrijden van de korte- en langetermijnsymptomen.

3.1. Inleiding

De normale menstruele cyclus wordt gekenmerkt door – eens in de 4 weken – een vaginale bloeding van ongeveer 3-5 dagen. Een normale cyclus duurt tussen de 23 en 35 dagen. Menstruaties ontstaan door afgifte van endometrium als gevolg van dalende steroïdproductie door het corpus luteum. De dag dat het bloedverlies echt doorzet noemen we de eerste menstruatiedag. Menstruaties beginnen tijdens de puberteit (menarche) rond het 12de levensjaar door rijping van de hypothalamus en stimulering van de hypofyse-ovarium-as en stoppen gemiddeld op 52-jarige leeftijd (menopauze) door uitputting van de follikelvoorraad in ovaria. Met het toenemen van de leeftijd neemt de cyclusbreedte af. Bij een afwijking van het normale bloedingspatroon kan een zorgvuldige anamnese van het type cyclusstoornis belangrijke informatie omtrent de achterliggende oorzaken geven. Nauwkeurige classificatie is van groot belang.